

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

295

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles BESSE

Né le 19 juin 1914, à Pouancé (Maine-et-Loire)

LES
FAUSSES TROCHANTÉRITES
TUBERCULEUSES

Président : M. GOSSET, Professeur

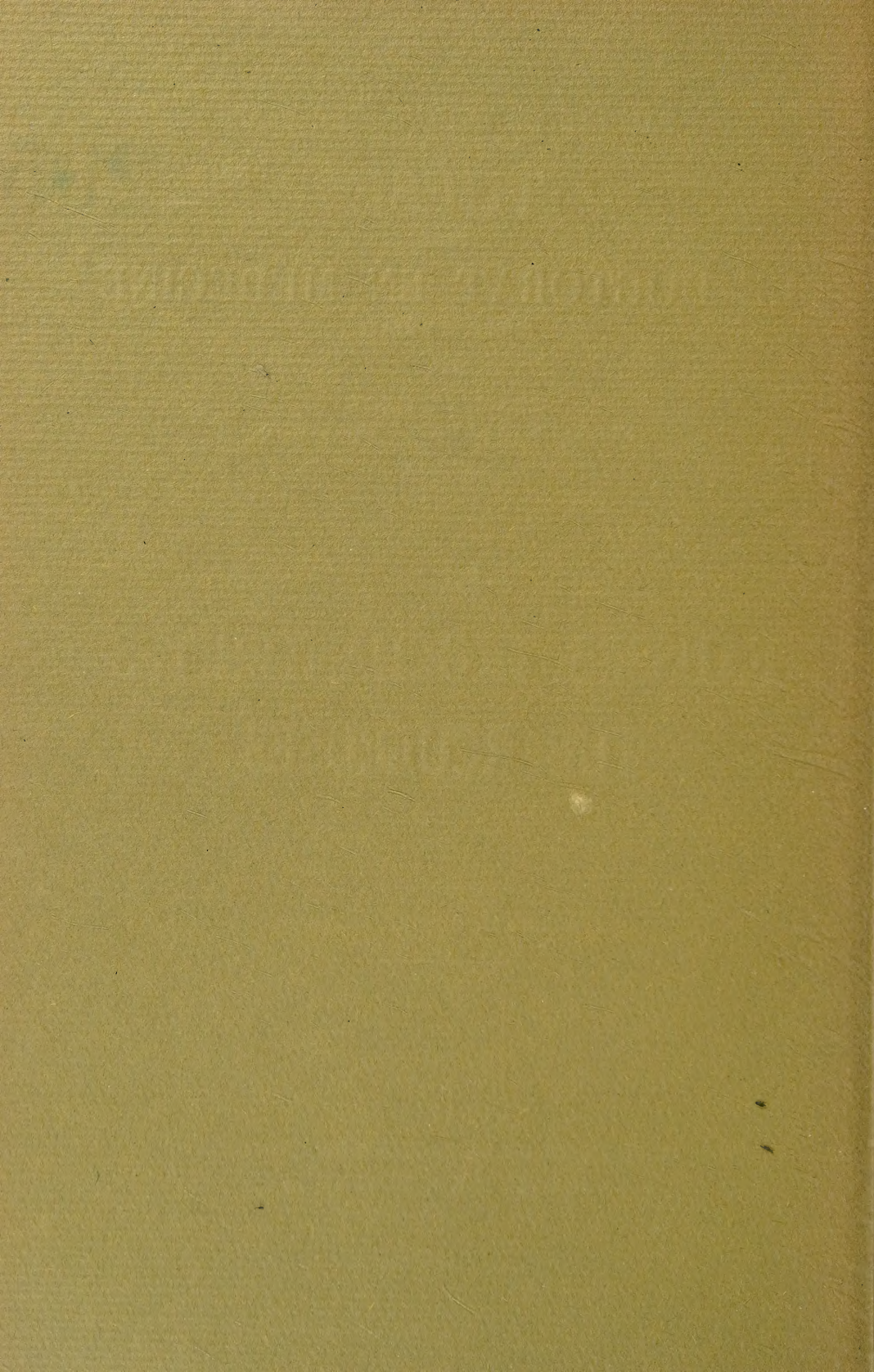
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles BESSE

Né le 19 juin 1914, à Pouancé (Maine-et-Loire)

LES

FAUSSES TROCHANTÉRITES
TUBERCULEUSES

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE,
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLABET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de mon amour filial et de
ma grande reconnaissance.*

A MA FEMME

*Qu'elle y trouve l'expression de ma pro-
fonde tendresse.*

A MES FRÈRES ET A MA SOEUR

En témoignage de ma grande affection.

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

*En souvenir des bonnes années passées
à l'Hôtel-Dieu d'Angers.*

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale
de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de la Salpêtrière
Membre de l'Académie des Sciences
Membre de l'Académie de Médecine
Grand Officier de la Légion d'honneur

*Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine

*Qui nous a fourni le sujet de cette thèse
et nous a aidé de ses conseils.*

*Qu'il veuille trouver ici le témoignage
de notre respectueuse gratitude.*

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN

Professeur honoraire de Clinique chirurgicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOQUEL

Professeur honoraire de Clinique obstétricale
Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine
et de Pharmacie d'Angers

A MONSIEUR LE DOCTEUR METZGER

Professeur d'Anatomie
Chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu
Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Angers

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENECHAU

Professeur de Clinique médicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRUCHAUD

Professeur de Clinique chirurgicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR TESTARD

Médecin de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTIER

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR BIGOT

Médecin de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARBARY

Médecin de l'Hôtel-Dieu

AUX DOCTEURS : BOUMARD, NEDELEC, GOHIER,
NAULLEAU, AMSLER, ROUCHY

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A TOUS CEUX QUI M'ONT GUIDÉ

Que chacun trouve ici sa part de reconnaissance.

LES FAUSSES TROCHANTÉRITES TUBERCULEUSES

INTRODUCTION

A l'occasion de trois observations, nous allons reprendre l'étude des abcès froids de la région trochantérienne. La localisation des lésions initiales, souvent d'une grande difficulté, présente une importance capitale au double point de vue du pronostic et de la thérapeutique.

L'intérêt de cette étude se fonde sur divers ordres de faits :

1^o *Ce diagnostic se pose avec une grande fréquence.* Il se pose chaque fois que l'on se trouve en présence d'un abcès froid de la région trochantérienne survenant soit à titre primitif, soit précédé ou accompagné de signes ou symptômes sans valeur diagnostique absolue, tels que douleurs de la hanche, limitation des mouvements ou signes radiologiques de déminéralisation trochantérienne ;

2^o *Les erreurs de localisation d'origine sont fréquentes.* On pose trop facilement le diagnostic de trochantérite tuberculeuse, affection bien individualisée, mais rare. Sa symptomatologie peut se trouver simulée

avec plus ou moins d'exactitude par d'autres affections, surtout par des ostéites ou ostéo-arthrites de siège parfois très éloignées, et cliniquement muettes à leur niveau. D'où la notion de *fausses trochantérites tuberculeuses* ;

3^o *Les opérations pratiquées pour trochantérites tuberculeuses entraînent des conséquences très graves en cas d'erreur de diagnostic.*

Lorsque le problème est posé, tout doit donc tendre avant tout à éviter un traitement intempestif, ensuite à établir un traitement rationnel, seul efficace.

CHAPITRE I

Symptômes et évolution.

Nous laisserons de côté les cas dans lesquels un abcès froid péri-trochantérien vient prendre place dans l'évolution d'une affection reconnue et traitée, telle qu'un mal de Pott lombaire inférieur, une tuberculose sacrée, une sacro-coxalgie, etc... La collection se présente alors comme une complication habituelle aisément rattachable à la lésion causale, et n'offre alors ni intérêt particulier ni difficulté diagnostique.

Nous retiendrons au contraire les abcès froids de la région trochantérienne qui se présentent sous un aspect clinique différent et dont les principaux caractères sont les suivants :

- ils sont la première expression d'une lésion voisine ou lointaine, mais encore muette ;
- ils constituent à eux seuls toute la maladie qui ne s'extériorisera qu'après un intervalle parfois très long.

On ne doit pas s'étonner de voir des affections très différentes quant à leur siège se manifester par une symptomatologie commune, la région trochantérienne étant un véritable carrefour et la tuberculose osseuse

et ostéo-articulaire évoluent volontiers et surtout chez l'adulte à bas bruit, ne se démasquant que par une de leurs complications alors que la lésion causale toujours profonde peut exister déjà depuis de longs mois.

Au début de l'évolution, les malades viennent consulter pour des douleurs et parfois pour un fléchissement de l'état général. Les douleurs ont pour siège la partie supérieure de la face externe de la cuisse, au niveau du massif trochantérien. Assez localisées, elles ont une intensité variable. Parfois minimales, elles ont le plus souvent une prédominance vespérale ou nocturne. Elles s'irradient vers la hanche, la région fessière et le genou. Il arrive de rencontrer associées à ces douleurs localisées des irradiations douloureuses à type névralgique : irradiations en ceinture, sur la face postérieure de la cuisse suivant le trajet du sciatique, ou encore de type splanchnalgie abdominale inférieure. Il ne faut pas compter sur des manifestations douloureuses bien nettes, car bien souvent il s'agit davantage d'une simple gêne que d'une douleur vraie. En même temps, dans quelques cas se constitue une boiterie légère elle aussi, et accentuée par l'effort et la fatigue.

Les signes physiques sont assez discrets. on peut rechercher l'élévation thermique locale. Enfin, la pression peut mettre en évidence des points de douleur provoquée dont la topographie ne présente pas une grande valeur symptomatologique. On rencontre aussi un léger empatement que l'on recherchera avec la main à plat, par une sorte d'effleurage de bas en haut.

Mais bien souvent ces signes de début passent inaperçus du malade, ou celui-ci n'y attache pas d'importance. D'ailleurs, l'évolution vient le rassurer, en effet ces troubles subissent une sédation au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Les signes généraux et fonctionnels disparaissent tandis que se constitue l'abcès. De faible volume au début, il augmente, s'étale dans la région trochantérienne, et en franchit parfois les limites, descendant alors le long de la face externe de la cuisse ; il peut même perdre tout contact avec son siège initial. Il résume alors toute la symptomatologie et est le seul élément incitant à rechercher plus loin des lésions évoluant à bas bruit. Le diagnostic de la collection est très facile, c'est un abcès froid tuberculeux banal, comme en témoignent ses caractères et son évolution. Celle-ci peut se faire vers la fistulisation spontanée ou secondaire à une ponction, et le pus s'écoule en permanence plus ou moins abondant. Il peut aussi quoique rarement se résorber ; dans ce cas la collection s'assèche en quelques semaines et l'affection semblerait guérie si au bout de plusieurs mois la suppuration ne s'installait de nouveau, le foyer tuberculeux primitif se manifestant souvent en même temps que cette récurrence.

CHAPITRE II

Le diagnostic différentiel.

Le diagnostic différentiel de ces *fausses trochantérités tuberculeuses* se pose évidemment tout d'abord avec les trochantérités tuberculeuses légitimes.

En pratique, en effet, il ne faut pas en raison de la localisation de l'abcès se contenter du diagnostic de trochantérite tuberculeuse vraie, pour plusieurs raisons :

— les trochantérités tuberculeuses n'existent d'abord pas chez l'enfant au-dessous de l'âge de sept à huit ans, car le point d'ossification du grand trochanter n'apparaît que tardivement vers cinq ans. Il y a donc de ce simple fait un nombre important d'abcès dont on doit éliminer l'origine trochantérienne ;

— les trochantérités tuberculeuses indépendamment de ce fait sont rares. Une statistique de Berck, rapportée par Rostin, montre en effet que sur 4.000 tuberculoses ostéo-articulaires de l'enfant, 5 seulement étaient des trochantérités, soit 1 sur 800. Chez l'adulte, la même statistique indique une proportion de 1 trochantérite bacillaire pour 250 tuberculoses ostéo-articulaires ;

— la radiographie, même lorsqu'elle montre l'existence d'une image de caverne n'apporte pas la certitude absolue, parce que dans les fausses trochantérites des images lacunaires peuvent exister et parce que le lipiodol s'arrête quelquefois (et surtout dans de mauvaises conditions techniques) à la hauteur du trochanter sans remonter avec l'abcès froid jusqu'à la lésion initiale ;

— enfin, l'esprit qui préside à l'élaboration du diagnostic doit orienter la recherche en envisageant d'abord les éventualités fréquentes. Or, le diagnostic de trochantérite tuberculeuse est un diagnostic souvent trop paresseux, que l'on ne doit retenir qu'en dernière analyse, après élimination soigneuse de toutes les fausses trochantérites, beaucoup plus importantes.

Comment se présentent les trochantérites tuberculeuses ? Il en existe d'abord deux types, les trochantérites primitives et les trochantérites secondaires. Dans les premières, le foyer tuberculeux initial est trochantérien. C'est là que le diagnostic différentiel présente le plus d'importance. En effet, les trochantérites secondaires sont dues à un ensemencement du massif trochantérien, soit chirurgical, ce qui est l'exception puisque l'intervention a été dans ce cas pratiquée à la suite d'une erreur de diagnostic, soit le plus souvent par un abcès d'origine éloignée dont le trajet a côtoyé le grand trochanter. Dans ce dernier cas on est en présence d'une fausse trochantérite compliquée de trochantérite.

La tranchantérite vraie évolue insidieusement et s'annonce habituellement par un abcès froid en tous points semblable à celui que nous avons décrit plus haut lorsque nous envisagions les conditions dans lesquelles se posait le diagnostic. La région reste indolore et seule la pression révèle une douleur provoquée, supportable au niveau de l'os, signe sans grand valeur car les parois de l'abcès sont toujours douloureuses (douleur excentrique). La palpation, lorsqu'elle est possible, montre une augmentation de volume due à la réaction osseuse. Il existe en même temps une gêne fonctionnelle avec limitation des mouvements due à la contracture réflexe. L'hyper-extension est la plus touchée. On observe de plus une tendance à la flexion légère. On est à ce stade tenté de croire à un début de coxalgie, pour peu que la douleur ait tendance à irradier vers l'articulation. L'adénopathie, qui n'existe pas au début, est plus tardive que dans la coxalgie. Il existe un léger lacis veineux sous-cutané. L'abcès péri-trochantérien se fistulise fréquemment ; dans ces conditions le diagnostic peut être aidé dans une certaine mesure par l'exploration au stylet. La radiographie donne de précieux renseignements en mettant en évidence la transparence et le flou du grand trochanter dont les travées osseuses sont à peine gravées sur le cliché. La déminéralisation dépasse de beaucoup la région de l'os atteinte par la tuberculose et ce dernier point mérite d'être retenu. De plus, le trochanter malade est plus volumineux que celui du côté sain.

A cette première phase, comparable à celle des spina,

succède la deuxième phase caractérisée par la présence de cavernes, accompagnées ou non de séquestre. La radiographie, après injection de lipiodol, permet alors une étude précise des lésions, surtout si l'on varie les incidences.

Le diagnostic est quelquefois rendu très malaisé par la difficulté à préciser nettement la douleur, par la présence de signes pseudo-articulaires, par l'imprécision de la radio qui peut montrer des fausses images de cavernes. Lorsque les images de cavernes sont nombreuses, elles doivent plutôt faire douter du diagnostic de trochantérite tuberculeuse. Plus rarement, la radio permet une erreur inverse lorsqu'elle laisse méconnaître de petites cavernes.

L'importance du diagnostic est extrême, la conduite à tenir étant particulière dans le cas de trochantérite tuberculeuse ; on doit, en effet, traiter d'abord l'état général et observer l'expectative. On ne s'attaquera chirurgicalement à la lésion qu'après l'avoir laissée « vieillir ». L'opération qui consiste dans la trépanation large de l'os avec évidemment complet de la caverne amène presque toujours la guérison, à tel point que lorsque celle-ci ne survient pas après un traitement correct, on est conduit à suspecter le diagnostic de trochantérite tuberculeuse.

Un pareil traitement, effectué à tort, par erreur de diagnostic, aurait des conséquences redoutables. L'expectative, au début de règle en présence de trochantérite, laisserait évoluer à bas bruit les lésions causales, enlevant au malade des chances de guérison. Quant à l'opération, elle aurait pour effet l'ensem-

cement tuberculeux d'un massif trochantérien déminéralisé, ramolli, mais aseptique, dans lequel la curette avancerait sans peine. C'est donc entre les trochantérites et les fausses trochantérites que le diagnostic peut entraîner les conséquences les plus graves. Au contraire, une erreur située dans le cadre des fausses trochantérites n'a pour effet que de faire perdre du temps, et est relativement plus réparable.

CHAPITRE III

Le diagnostic étiologique.

Le diagnostic de la localisation du foyer tuberculeux, qui a donné naissance à un abcès froid péri-trochantérien, est une tâche souvent ardue, la lésion initiale est toujours difficilement réparable, tout au moins cliniquement. L'expérience montre que, neuf fois sur dix, il ne faut pas rechercher dans le voisinage immédiat de l'abcès la source de la suppuration : tuberculose des parties molles, bursite tuberculeuse, car ce sont des affections exceptionnelles.

Dans la majorité des cas, l'atteinte primitive siège à distance de la région, elle se localise avant tout sur la partie inférieure de la colonne vertébrale, ou sur certains points de la ceinture pelvienne. Ce sont ces différentes lésions qui, accompagnées d'un abcès péri-trochantérien, constituent le groupe des fausses trochantérites. On doit les rechercher avec esprit de système, et par tous les moyens dont on dispose (clinique, radio, lipiodol). Aussi en pratique courante, on procédera à un examen qui dépassera de beaucoup la région du trochanter. On renouvellera les radios prises avec et sans injections préalables de lipiodol, afin d'établir avec précision le diagnostic d'origine.

Par ordre de fréquence, les fausses trochantérites se

trouvent réalisées par les affections suivantes : Pott lombaire, lombo-sacré, ostéite sacrée, sacro-coxalgie, tuberculoses para-articulaires de la hanche, bacillooses des parties molles péri-trochantériennes.

TUBERCULOSES RACHIDIENNES

La fréquence de l'origine rachidienne des abcès péri-trochantériens est telle que l'on doit toujours commencer l'examen par l'exploration du rachis. Les maux de Pott dorso-lombaires et lombaires supérieurs peuvent donner lieu à des abcès évoluant vers le trochanter, mais ce sont surtout les maux de Pott lombaires inférieurs et lombo-sacrés qui se compliquent de ces collections.

On doit envisager pour le diagnostic deux cas, suivant que l'on se trouve en présence d'un enfant ou d'un adulte.

Chez l'enfant, le diagnostic est en général aisé ; avant l'apparition de l'abcès il existe d'autres signes cliniques qui ont fait suspecter une atteinte rachidienne. De plus, chez l'enfant, le mal de Pott inférieur et les ostéites sacrées sont relativement rares. Les abcès ossifluents qui reconnaissent cette origine ont d'autre part une moindre tendance à évoluer vers la région trochantérienne.

Chez l'adulte, au contraire, la question est d'un plus grand intérêt parce que plus habituelle, et parce que c'est chez l'adulte que l'évolution revêt toute son insidiosité et que manquent souvent les antécédents ayant déjà orienté le diagnostic lorsque survient l'abcès. Il

existe à cet âge une proportion à peu de chose près égale de maux de Pott inférieurs et de maux de Pott supérieurs. Nous n'envisagerons donc pas le mal de Pott chez l'adulte ayant suivi l'évolution classique.

Les maux de Pott dorso-lombaires ou lombaires supérieurs n'ont qu'exceptionnellement une évolution insidieuse. Il est rare qu'ils ne se soient révélés par un point douloureux fixe et constant, de la rigidité, de la contracture musculaire, des signes radiographiques. Dans ce cas, le diagnostic est facile. Le mal de Pott lombaire inférieur ou sacré de l'adulte offre de plus grandes difficultés parce que l'abcès constitue souvent le premier signe clinique de la maladie.

Contrairement à celui de l'enfant, le mal de Pott inférieur de l'adulte est assez douloureux, mais ce symptôme n'est pas spécifique. En fouillant dans les antécédents du malade, on met en évidence les douleurs d'intensité variable se ramenant à trois grands types :

1^o Souvent les malades se plaignent d'algies en imposant pour un lumbago ou une sciatique. Elles ont pour caractère d'être diffuses, un peu atypiques comme topographie ; leur principal caractère réside dans le fait qu'elles sont souvent bilatérales et fulgurantes.

2^o Des douleurs localisées à un segment vertébral ont pu survenir par crises, en éclair, à l'occasion de mouvements, de temps à autre, après des silences de plusieurs mois parfois. On peut en rapprocher les

douleurs par relâchement de la contracture de vigilance.

3^o des douleurs à forme de pseudo-splanchnalgie abdominale inférieure ont pu amener à traiter le malade pour une cystite, une lithiase, des troubles génitaux chez la femme.

Dans ces conditions on conçoit que l'abcès péri-trochantérien prenne une apparence de lésion primitive, et ceci d'autant plus que, suivant une évolution presque habituelle, tous ces troubles s'amendent au moment où se constitue l'abcès. Le malade a ainsi souvent perdu le souvenir des premiers symptômes.

L'exploration se poursuit par l'examen neurologique qui peut objectiver une vivacité des réflexes de grande valeur, et c'est à la radio qu'il appartient le plus souvent de faire la preuve. Là encore, de grandes difficultés, du fait de multiples anomalies de la cinquième lombaire, anomalies de forme, de position ou de rapports avec les vertèbres voisines.

Les lésions sacrées sont d'un diagnostic beaucoup plus délicat encore si l'on n'a pas recours à l'injection de lipiodol suivie d'examen radiographique qui donne une image du trajet de l'abcès.

Cette étude radiologique doit se faire en injectant pendant plusieurs jours du lipiodol dans l'abcès fistulisé ou non, le malade étant en position de Trendelenbourg. Moyennant ces précautions, le lipiodol aboutit aux lésions osseuses d'origines de l'abcès.

Des difficultés d'interprétation peuvent surgir du fait de l'existence ou même de coexistence de malfor-

mations congénitales, sacralisation, lombarisation, spina bifida. Là encore apparaît tout l'intérêt du lipiodo-diagnostic.

Malgré l'absence de signes cliniques nets, la plupart des abcès trochantériens en apparence primitifs traduisent une tuberculose du rachis inférieur de la cinquième lombaire et du sacrum surtout.

SACRO-COXALGIE

Lorsque le diagnostic d'atteinte rachidienne aura été rejeté en présence d'un abcès froid péri-trochantérien, on doit de parti pris envisager la possibilité d'une tuberculose de l'articulation sacro-coxale, parce que c'est l'affection la plus fréquente après la tuberculose rachidienne.

La sacro-coxalgie peut être primitive ou avoir au contraire un point de départ situé dans l'un des deux os adjacents. Dans la règle elle est secondaire et presque toujours à une lésion du sacrum. La symptomatologie n'est classique que dans l'arthrite primitive, donc exceptionnellement. Le premier symptôme chez l'adulte est bien souvent un abcès froid de la région péri-trochantérienne. Les abcès, à l'origine, siègent soit en avant, soit en arrière de l'article. Les abcès postérieurs, les plus fréquents, restent extra-pelviens, mais n'évoluent guère vers le trochanter. Les abcès antérieurs, intra-pelviens, suivent la voie du pyramidal comme les abcès d'origine lombo-sacrée.

On relève cliniquement un peu de boiterie, de gêne fonctionnelle ou de douleurs pseudo-névralgi-

ques. On trouve peu de points douloureux dans la région. Les manœuvres de Larrey, d'Erichsen et de Gandolphe ont pour but de mettre la douleur en évidence au niveau de la symphyse. Elles sont assez rarement positives. Le mode d'exploration clinique le plus intéressant est le toucher rectal. En suivant le bord du sacrum on atteint quelquefois la partie inférieure de l'articulation malade, et on explore l'ogive dont elle constitue la clef de voûte. On percevra alors soit un abcès qui bombe et que la pression déprime, faisant fuir le liquide vers l'échancrure sciatique, soit un point douloureux précis constant, que l'on ne confondra pas avec ceux qui peuvent exister à l'émergence des racines sacrées.

Ces signes n'existent souvent pas et l'abcès peut rester après cet examen le seul symptôme. On est alors conduit à ne compter que sur la radio.

Enfin, le lipiodo-diagnostic conserve tous ses droits, il sera pratiqué suivant la même règle que pour la recherche des lésions rachidiennes.

LES OSTÉITES JUXTA-ARTICULAIRES DE LA HANCHE

Les coxalgies se compliquent souvent de collections péri-trochantériennes ; ce n'est jamais un abcès d'apparence primitive. Il n'en est pas de même des ostéites juxta-coxales qui évoluent très insidieusement et donnent des collections froides de la région supérieure de la cuisse.

Les foyers les plus fréquemment observés siègent sur l'ilion, sur le toit du cotyle et sur le col fémoral.

Les abcès évoluent surtout en avant et en dehors. Les abcès émanant de l'ischion se dirigent surtout vers la fesse. Les ostéites pubiennes donnent des collections en dedans des vaisseaux. Les ostéites juxta-coxales, les plus habituelles, sont celles de la partie inféro-externe du col fémoral. Les symptômes sont assez vagues, des douleurs imprécises, intermittentes, qu'exagère la fatigue et que calme le repos. Elles peuvent, comme la coxalgie, donner lieu à une gonalgie. Le malade présente une légère boiterie. L'atrophie musculaire demande à être recherchée ainsi que l'adénopathie rétro-crurale. L'exploration des mouvements montre une certaine limitation de l'hyperextension. La pression réveille une douleur osseuse sur le foyer. Tous ces signes se rencontrent, mais bien souvent l'abcès est le seul symptôme. On pratiquera l'examen clinique surtout au moment des poussées. On comptera davantage sur la radio. On prendra des clichés de face et de profil comprenant également le côté sain. La radiographie montre deux faits : d'abord l'articulation est saine, ensuite une lésion siège sur le col, figurée par une tache claire ou sombre selon qu'existent une caverne ou un séquestre de grandes dimensions. Le lipiodol ouvre les mêmes possibilités diagnostiques que dans les autres localisations.

LES OSTÉITES DE L'AILE ILIAQUE

Les ostéites de l'aile iliaque peuvent également donner des abcès péri-trochantériens qui en constituent le seul symptôme. C'est une découverte de

radiographie, montrant en dehors de cavernes ou de séquestres, un bord de crête crénelé, festonné. Ces lésions sont rares et le danger consiste davantage à les voir là où elles ne sont pas qu'à les méconnaître.

Parmi les lésions susceptibles de donner des abcès froids de la région du trochanter, existent encore des localisations tuberculeuses vraiment rares ; les bursites tuberculeuses, ou hygromas tuberculeux intéressent l'une des nombreuses bourses séreuses de la région. On les croyait fréquentes et elles ont fait faire les mêmes erreurs de diagnostic que les trochantérites. Le diagnostic de bursite tuberculeuse est donc un diagnostic dangereux, à ne poser qu'en dernier ressort, après avoir tout éliminé. Les bursites tuberculeuses peuvent être sus-aponévrotiques ou sous-aponévrotiques. La symptomatologie est entièrement résumée par l'abcès froid et les signes qui s'y rattachent. On note quelquefois une attitude vicieuse du membre lorsque l'abcès est tendu. Le diagnostic clinique avec la trochantérite est des plus difficiles. La radio seule donnera des éléments différentiels, mais elle peut montrer un trochanter flou et transparent.

Enfin, il existe des abcès froids de la région péri-trochantérienne ayant pour origine le tissu cellulaire local. C'est une bacillose très rare que seuls des examens complets et répétés permettront d'affirmer.

Traitement.

Le traitement des abcès froids péri-trochantériens varie essentiellement suivant la lésion primitive qui leur a donné naissance. Cependant certains éléments de la thérapeutique de ces abcès présentent des points communs : la cure générale, la ponction.

La cure générale s'inspirera des renseignements retirés de l'examen complet du malade. On fera le bilan des lésions pouvant coexister, lésions osseuses, ostéo-articulaires, viscérales, dont les foyers plus jeunes ou plus profonds sont encore sans expression clinique, par exemple une atteinte pleuro-pulmonaire. Ces différentes notions permettront de juger de l'opportunité d'une cure sanatoriale et de choisir entre la mer et la montagne. D'ailleurs, tous ces faits appartiennent au traitement de toutes les bacilloses et nous n'allons les rappeler que pour mémoire.

L'indication de la ponction d'un abcès froid péri-trochantérien se pose non seulement au cours de la surveillance médicale, mais aussi parfois dès le premier examen. L'élément capital pour juger de sa nécessité réside dans l'appréciation de la tension du liquide. Une collection molle, nettement fluctuante, ou de larges ondes transmises entre les doigts qui

palpent n'exigent pas une évacuation immédiate, quelle que soit d'ailleurs la lésion primitive. La simple immobilisation de la lésion initiale suffit dans la grande majorité des cas, mais non dans tous, à déterminer la résorption du liquide purulent. Dans d'autres cas l'abcès migrateur présente une tension souvent considérable à telle enseigne que la fluctuation n'est plus perçue. La ponction immédiate s'impose et doit être pratiquée en suivant tous les préceptes édictés par l'école de Berck.

Mais, c'est du traitement causal que dépendront la guérison, la rechute ou les complications des abcès péri-trochantériens. Nous avons vu la multiplicité de leurs étiologies : si toutes les affections déterminantes réclament, quels que soient leur hauteur et leur degré, une stricte immobilisation, les conditions de cette immobilisation ne peuvent être semblables dans tous les cas :

1^o Le mal de Pott lombaire ou lombo-sacré sera maintenu dans une coquille plâtrée, moulée sur le malade en décubitus ventral et lordosé. Il est nécessaire, assez souvent, pour parfaire l'immobilisation de prolonger l'appareil vers le bas par deux gouttières solidarisées au lit plâtré, plaquées sur la face postérieure des deux cuisses écartées en légère abduction, pour permettre la manœuvre du bassin. Lorsque le moment en sera venu et que l'opportunité s'en affirme, on procédera à la greffe dans les conditions habituelles ;

2^o L'ostéite sacrée sera traitée d'une manière iden-

tique, mises à part les indications souvent plus précises de la greffe. Des procédés semblables s'appliquent à l'ostéo-arthrite de l'articulation sacro-iliaque ;

3° Si une ostéite juxta-coxale de la hanche est à incriminer dans la genèse d'un abcès froid péri-trochantérien, l'immobilisation sera assurée par l'appareil plâtré habituel. La surveillance de l'abcès s'effectuera grâce à une large fenêtre. Le volet prélevé dans le plâtre pour tailler cette fenêtre sera réappliqué dans l'intervalle des examens ;

4° On ne sera autorisé à opérer les abcès froids péri-trochantériens que dans le cas de lésions purement locales, ayant pris naissance dans les éléments de la région trochantérienne : curettage d'une trochantérite vraie, excision et fermeture sans drainage d'un abcès développé dans le tissu cellulaire et aux dépens d'une bourse séreuse.

Le traitement des complications des abcès péri-trochantériens (fistules, infections secondaires) ne présente rien de particulier à cette localisation.

Observations.

OBSERVATION 1.

M. C..., 25 ans, est admis à la Clinique Saint-Rémy, le 18 décembre 1937, pour abcès froid de la région trochantérienne droite, apparu il y a une quinzaine de jours.

Le malade a présenté une pleurésie séro-fibrineuse droite en octobre 1932. L'affection fut considérée comme guérie en 1933 et le malade reprit ses occupations de boulanger. En décembre 1936, apparition d'une sciatique oscillant entre 37°5 et 38°2. La sciatique fut extrêmement douloureuse, le médecin traitant dut pratiquer à plusieurs reprises des injections de morphine. En février 1937, le malade fut radiographié dans la ville de L...; les clichés ne montrèrent aucune lésion initiale. Une injection épidurale amena la sédation des phénomènes douloureux. Se croyant guéri, le malade vint dans l'ouest et se remit à travailler. En octobre 1937, nouvelle crise de sciatique. —

A l'entrée à la clinique, C... présente un volumineux abcès froid de la région trochantérienne droite. L'apparition de cet abcès date d'une quinzaine de jours et a coïncidé avec une sédation très nette des phénomènes douloureux. L'examen clinique révèle une certaine limitation des mouvements de la charnière lombo-sacrée et un léger comblement de la fossette située en regard de l'apophyse épineuse de L5. Pas de troubles des réflexes. Fait impor-

tant, le malade n'a jamais souffert de la région lombaire.

La radio montre l'existence d'un mal de Pott lombosacré.

Traitement :

1° ponction de l'abcès ;

2° immobilisation dans la coquille plâtrée pendant un an.

Malade revu le 8 août 1939. Excellent état.

OBSERVATION 2.

Mlle D. B..., 33 ans, couturière, est envoyée à la Clinique Saint-Rémy, le 26 mars 1933, pour un abcès froid de la région trochantérienne. Pleurésie séro-fibrineuse droite quatre ans auparavant. Depuis lors, état général relativement bon, avec cependant poussées de température et amaigrissement constaté à deux reprises. En février 1932, des douleurs lombaires basses apparaissent brusquement. Elles sont étiquetées lombago et traitées comme telles. Jusqu'en mai 1932, les douleurs persistent avec quelques crises plus aiguës. Nouvelle crise en décembre 1932, qui cède rapidement. En février 1933, les phénomènes algiques ont complètement disparu, mais un mauvais état général persiste et la malade découvre un jour que sa cuisse droite est plus grosse que la gauche. La tuméfaction constatée augmente. C'est dans ces conditions que la malade est envoyée à la Clinique Saint-Rémy. La radiographie de profil montre une destruction de la V^e lombaire avec atteinte du disque L5-S1.

Traitement :

1° coquille plâtrée pendant un an. L'abcès n'a pas été plâtré et s'est résorbé ;

2° corset en celluloid, puis corset en coutil baleiné.

Malade revue en janvier 1935, octobre 1935, octobre 1936, juin 1937, janvier 1938, janvier 1939. Excellent état.

OBSERVATION 3.

R. H..., 19 ans, maçon, est adressé, le 8 juin 1936, à la Clinique Saint-Rémy pour une douleur siégeant au niveau du grand trochanter droit.

Père mort de tuberculose pulmonaire en 1933. Aucun antécédent personnel pathologique, bon état général jusqu'en mars 1936. A cette époque, fatigue générale, perte de l'appétit, amaigrissement. Une douleur dans la région trochantérienne droite apparaît en mai 1936. Le malade est admis à la clinique pour une radiographie.

A l'examen, on note une légère augmentation du relief de la région trochantérienne droite, l'effleurage de bas en haut met en évidence l'épaississement de la région. Le palper montre une fluctuation. Douleur à la pression du trochanter. Une ponction exploratrice ramène du pus vert et bien lié. La radio du rachis révèle l'existence d'une perte de substance située sur la face antérieure de L5.

Traitement :

1^o lit plâtré, l'immobilité est maintenue jusqu'en octobre 1937. L'abcès froid s'est résorbé et n'a plus de traduction clinique depuis décembre 1936 ;

2^o corset en celluloïd, puis corset en coutil baleiné.

Malade revu jusqu'en janvier 1939. Excellent état. A repris son métier depuis août 1938.

Conclusions

Les abcès froids péri-trochantériens ne semblent pas avoir motivé de nombreux travaux ; la pratique journalière montre cependant leur relative fréquence et l'importance capitale du diagnostic de la lésion initiale dont ils viennent compliquer l'évolution souvent muette jusqu'à leur apparition.

La symptomatologie et l'évolution de ces abcès froids sont souvent discrètes, mais la rapidité avec laquelle ils se collectent est à souligner.

Tout l'intérêt des abcès froids péri-trochantériens réside dans l'étude de leurs lésions causales. On doit se rappeler les différentes voies anatomiques qui permettent la migration du pus jusqu'au carrefour de la région trochantérienne. Tous les moyens pour dépister la lésion primitive doivent être mis en œuvre : examen clinique très étalé, radiographies face et profil, radio-lipiodol. C'est à ce prix seulement que l'on mettra en évidence des lésions profondes et jusqu'à muettes, le plus souvent lointaines, basses, lombosacrées, sacro-iliaques, ostéo-articulaires de la hanche, ou juxta-coxales. Il faut *a priori*, considérer comme trop paresseux le diagnostic de lésions locales : trochantérites légitimes, bursites, etc...

Nous avons montré dans un dernier chapitre la thérapeutique des abcès froids de la région trochanterienne, en insistant sur l'importance capitale du traitement des lésions causales de ces abcès.

Vu : le Président de la thèse,

M. GOSSET.

Vu : le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRIEN. — Les ostéites juxta-articulaires (rapp. in *Revue d'Orthopédie*, nov. 1929).
- BELOT et LEPENNETIER. — Atlas de radiographie du squelette normal.
- BÉRARD. — Trochantérite tuberculeuse suppurée chez un adulte (*Bull. Soc. de Chirurgie de Lyon*, 1901).
- CHAUVEAU (Mlle) et SORREL (E.). — Deux cas de tuberculose juxta-coxale (*Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris*, 1921).
- DELAHAYE. — Les abcès froids de la région trochantérienne (*La Médecine*, oct. 1929).
- FORGUE. — *Précis de path. externe*, 1935.
- HADGIGEORGES. — Contribution à l'étude du diagnostic des fistules et abcès tuberculeux.
- JESOVER. — Etude sur quelques cas de sacro-coxalgie.
- KEITH. — Tubercular epiphysitis of the trochanteritis (*Amer. J. of Röntgenol*, 1922).
- LANCE. — Mal de Pott.
- LEBRUN. — Les abcès froids du tissu cellulaire sous-cutané.
- MARTIN (C.-R.). — Les abcès froids péri-trochantériens (*Gazette des Hôpitaux*, 24 nov. 1934).
- MARTIN (C.-R.) et ROSTIN. — Les fausses trochantérites et leur diagnostic d'origine (*Arch. méd. d'Angers*, janv. 1932).
- MÉNARD. — Mal de Pott.

OMBRÉDANNE. — Chirurgie infantile.

PEABODY. — Differential diagnosis in destructive lesions of the great trochanter (*Boston, Med. And. Surg.*, june 1921).

RICHOU. — La tuberculose de la région trochantérienne chez l'enfant.

ROSTIN. — Diagnostic d'origine des fistules et abcès froids de la région trochantérienne (Thèse Paris, 1931).

SORREL ET DELAHAYE. — In *Rev. d'Orthopédie*, mars 1926.

